

Sisák Péter

A RENDHAGYÓ ORVOSI TEVÉKENYSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ
NÉHÁNY IDŐSZERŰ JOGI KÉRDÉS

I. Az orvosi tevékenység polgári jogi minősítése,
összefüggése a személyiségi jogokkal

Mindenfajta orvosi tevékenységnek számos jogi vonatkozása van, valamennyinek jellemző vonása viszont az, hogy az ember nemcsak jogosított alanya, hanem - a legtöbb esetben - általában tárgya. Gyógyító - megelőző tevékenységével az orvos célja az ember felépítésének, életfolyamatának, mint az élet, testi épség, egészség biológiai alapjának - és így a személyiség összetevő elemének - fennmaradását és teljes kibontakozását biztosítani.¹ Jogunk az emberi szervezet épségét, működésének zavartalanságát bármiféle beavatkozással szemben objektív és abszolút védelemben részesíti. Ez a védelem bárkit, bármikor megillet, róla lemondani nem lehet és forgalom tárgyát sem képezheti.² Az élethez, az egészséghez és a testi épséghez való jogot még az érintett személy akaratával sem lehet érvényesen kizárni vagy korlátozni. Ezért az emberi szervezet működését sértő minden cselekedet a személyhez fűződő jog sérelmét is jelentette. Az élet, egészség, testi épség védelmének és az orvosi tevékenység jogi jellegének összevetése előtt fel kell tárni a személyiség fogalmát, a személyhez fűződő jogok tartalmát, terjedelmét és rendeltetését.

A személyiség fogalma: társadalmi és egyben természeti lény³, rendkívül sokrétű, összetett, mégis egységes jelenség. Egyrészt elválaszthatatlanul összekapcsolódik az emberek közösségével, mivel a közösség, a társadalom léte

elengedhetetlen előfeltétele a személyiség létrejöttének és fennmaradásának. Másrészt viszont a közösségtől való elkülönülés adja a személyiség egyéni, megkülönböztető jellegét, ha beolvadna, feloldódnak a közösségben, nem beszélhetnénk többé személyiségről. A személyiség biológiai alapja a biológiai egyed kialakulása: ez is elválaszthatatlan része a természetnek, azzal szorosan összefügg, állandó kölcsönösség, hatás és ellenhatás mutatkozik a természet egésze és egyedei között. Azonban a biológiai egyednek is fontos sajátossága az elkülönülés, az a jellemző, hogy nem olvad be környezetébe, nem megy át folyamatosan az élettelen természetbe, hanem körülhatárolt individuális lény.⁴ Ezt a körülhatároltságot, elkülönülést jelenti társadalmi és jogi szinten a személyiség. Mint Törő Károly rámutat, a személyiség társadalmilag akkor jelentkezik, ha ez az elkülönülés és egymásrautaltság az emberi egyedekben tudatossá válik, jogilag pedig akkor, amikor mindez jogszabályokban is megjelenik.⁵ A személyiség ideológiai fogalom is egyben. Ideológiai, mert az emberek tudatában létezik és minden ember önálló tudattal rendelkezik, amely öntudat teszi a közösség tagjait elkülönülő egyedekké. Társadalmi fogalom is, mert az egyéniség csak a társadalomban nyilatkozhat meg.

Az orvosi tevékenység tartalma az ember gyógyítása, a betegségek megelőzése, az élet fenntartása és meghosszabbítása, hogy ezáltal biztosítsa a személyiség fennmaradását, önmegvalósítását és kiteljesedését, ezáltal - és hogy az embert a gyógyító tevékenység céljaként fogja fel - személyiségvédelmi célkitűzéseket valósít meg. Azon orvosi tevékenységek, amelyek a fentiekben túlnyulnak, két nagy csoportra oszthatók:

- amikor az orvosi beavatkozás a beavatkozással egészségében érintett személy saját érdekét szolgálónak kifejezett kívánságára történik;

- amikor a beavatkozással érintett személyt csupán az ő személyes javát nem szolgáló kisebb-nagyobb károsodás éri meghatározott vagy meg nem határozott harmadik személy/ek/ fizikai létéhez fűződő érdek szolgálatában.

Az első esetcsoportba legtipikusabban a kozmetikai műtétek, valamint az önkéntes kasztráció és a homoszexuális hajlam még kísérleti stádiumban lévő műtéti megszüntetését soroljuk. Ebben a csoportban helyezkedik el a terhesség művi megszakítása, valamint - a legújabb időkben külföldi és hazai jogirodalomban is több oldalról vitatott - a mesterséges megtermékenyítés. Utóbbi két esetben "érdekelt" egy harmadik személy is, nevezetesen az, akinek életrehívásáról ill. léte megakadályozásáról van szó.⁶ Az a lényeges erkölcsi-jogi probléma, hogy az egyént mennyire illeti meg rendelkezési jog élete, egészsége és testi ép-sége felett a fentebb irt csoportosítás második eseténél vetődik fel élesen, lévén az első csoportot alkotó tevékenységek jellege olyan, hogy ott mintegy saját test használatáról történik rendelkezés.

A személyiségi jogokkal történő rendelkezési lehetőség csak ezen jogok érvényesítése tekintetében szabad, rendelkezési lehetőség csak szűk körben illeti meg: ha a beleegyezés nem sért vagy nem veszélyeztet társadalmi érdeket, egyebekben a személyiségi jog korlátozása semmis /Ptk. 75. § /3/ bek./ A saját test feletti rendelkezés határa, hogy az nem mehet el az életről való lemondás mértékéig. A Ptk. a személyhez fűződő jogok között szabályozza az élethez való jogot, de csupán a jogvédelem érvényesítését utalja a személy rendelkezése alá. A jog korlátozását csak társadalmi érdek sérelme vagy veszélyeztetése hiányában engedi meg, a róla való lemondást kifejezetten kizárja. Az életről való lemondás a személyiség teljes megsemmisülését eredményezi, ilyen joggyakorlás nyilvánvalóan nem

felel meg társadalmi rendeltetésének: azaz társadalmi érdeket sért, hiszen a társadalom alapja a társadalom tagjainak a léte.⁷ Ezért a jogrendszer az öngyilkosságtól minden elismerést megtagad, polgári jogi szempontból jogellenes cselekménynek minősül, és a jog csak azért nem minősíti bűncselekménynek, mert az öngyilkossal szemben a büntetés céljai nem valósulhatnak meg. Ugyanígy jogellenes cselekedet a halálbasegítés /euthanázia/ is, a szocialista jog az élet feletti rendelkezést olyan értelemben sem ismeri el, hogy a kívánságra ölést privilegizálja. A mesterségesen előidézett halálhoz való jog azokkal a gyógyíthatatlan betegségben szenvedőkkel kapcsolatosan vetődik fel, akik élete már értelmetlennek és céltalannak látszó szenvedésnek tűnik. Elvi aggály egyrészt, hogy az egyént rendelkező jog nem illeti meg saját élete felett, illetve, hogy társadalmi szempontból csak akkor lehet lemondani valamely ember létéről, ha elismerjük azt is, hogy egyesek a társadalom számára értéktelenek, ha a személyiség elismerésének a feltételeként különbséget teszünk ember és ember között. Gyakorlatilag aggályos, mert utólagos visszaélések gyanúja esetén már az elhalt akaratának tartalmát megállapítani nehéz.

A személy rendelkezési joga az öncsonkításra és az egészség megkárosítására sem terjed ki, bár ezen cselekmény büntetőjogilag csak más /honvédelmi érdek/ sérelem esetén releváns. Régi elv azonban az is, hogy a test egyes részeit az érdekelte beleegyezésével fel lehet áldozni a test egészének megmentése érdekében. Feltétlenül jogosult azonban a személy - testi épsége, egészsége védelmének megóvásához szükséges intézkedésekre, itt az életnek és a testi épségnek mesterséges szembeállításáról van szó. Az élet, testi épség nem különíthető el teljes merevséggel, a testi épség feláldozása az élet vagy egészség védelmében

nem választást jelent különböző értékek között, hanem azt az értéket - életet, illetve a zavartalan életműködést - szolgálja, ugyanazon értéknek - az életnek - a veszélyeztetésével. Nem lehet tehát a végletekig vinni, hogy a testi épség megkárosításába való beleegyzés érvénytelen. Nem vitás, hogy indokolt orvosi beavatkozásra ez nem áll fenn.⁸

Abban a körben, ahol az orvos közvetlen károsító tevékenységet fejt ki a vele kapcsolatban álló személynél három alcsoportot különböztet meg a jogtudomány:

- új gyógyszer kipróbálása egészséges emberen a jelentkező hatások és mellékhatások megállapítása végett;

- az emberi test bizonyos részeinek eltávolítása azzal a tudattal, hogy azokat a sértett szervezet utóbb könnyen pótolja, azzal a céllal, hogy más ember testébe ültetés /pl. véradás/;

- amikor a test bizonyos részét a regenerálódás bármilyen kilátása nélkül távolítja el az orvos és ülteti át más ember testébe.

Ezeknél az eljárásoknál van ugyan gyógyító cél, de a gyógyítás valójában kísérleti jellegű illetve túlságosan is újszerű. A szerv- és szövetátültetés rendhagyó orvosi műveletként való tárgyalása annyiban nem vitathatatlan, hogy ami ma újszerű műtét, az holnapra rutinműtétté válhat, másrészt a rutin eljárásokban is megjelennek új módszerek.⁹ Mások az elhatárolás lényegét a kísérleti jellegben látják, ami nem egyszerűen csak újszerűség, "döntő jellegzetessége a fokozott kockázat és az, hogy a közvetlen gyógyító cél mellett előtérbe kerül a tudomány fejlődésének az érdeke."¹⁰

E kérdések szabályozása során nagy szerepe van az autonóm orvóetikai normáknak, különösen a tudomány igaz-

ságait kifejező, nagy tudományos tekintéllyel rendelkező testületek megnyilatkozásainak formájában. Előnyük a jogi szabályozással szemben, hogy hatályuk az országhatárokon is túlterjed. Ezek közé tartozik a klinikai kutatással foglalkozó orvosok számára ajánlásokat tartalmazó 1964-ben elfogadott un. Helsinki Deklaráció. A Deklaráció alapelveket fektet le: Kutatást csak tudományos képesítéssel rendelkező személyek folytathatnak, a kutatásnak alkalmazkodnia kell az orvosi kutatást igazoló erkölcsi és tudományos elvekhez. Klinikai kutatást igazoltan csak akkor lehet folytatni, ha a cél fontossága arányban áll a kísérlet alá vont személyt érő kockázattal. Különös óvatosságot kell tanusítani az orvosnak, ha olyan klinikai kutatást végez, amelynek során az alany személyiségét az alkalmazott gyógyszerek vagy a kísérlet folyamata megváltoztathatja. Hasonló elveket fektet le a szívbézészet speciális területén az 1968-ban elfogadott CIOMS deklaráció is, amelynek főbb ajánlásait a téma összefonódása folytán a szívatültetésekről szóló részben ismertetem.¹¹ Hangsúlyozni kell azonban, hogy a vázolt irányelvek csupán irányítói lehetnek a világ valamennyi orvosának, az orvosok nincsenek felmentve a saját hazájuk normáiból folyó büntetőjogi, polgári jogi és erkölcsi felelősség alól. Éppen ezért elsősorban jogszabályi feladat, hogy a rendhagyó orvosi tevékenység számára a gyógyító cél érdekében szabad utat biztosítson, egyidejűleg gondoskodjon a túlzott kockázattal járó beavatkozások megtiltásáról is, figyelembe véve azt is, hogy a rendhagyó orvosi jogviszony körében nagyobb szerepet kell kapjon a jog, mint a rendes orvosi jogviszony területén. Messzemenőleg el kell azonban ismerni a jognak a szakmai szabályokat, amelyek kidolgozása, tartalommal való megtöltése az orvostudomány feladata.¹² Emberi szövetek és szervek átültetésének a problémájával jelenleg az egész világon foglalkoznak orvosok és jogászok egyaránt. Az államok többségében igen hamar megjelent a törvényi szintű jogi

szabályozás is /Dánia 1967. évi 246. tc.; USA Uniform Anatomical Gift Act 1968.; Venezuela 1972. évi IV. tv./ míg pl. Csehszlovákiában a terület gyors változásának könnyebb követhetősége érdekében egészségügyminiszteri rendeletek szabályozzák a transzplantációt /20/1966.Zb.; 42/1966.Zb.; 47/1966.Zb. rendeletek/.

Az átültetések között több szempont alapján csoportosíthatunk, ezek közül a szempontok közül a jog számára az élők közötti ill. a halál utáni osztályozás a legfontosabb. Az előbbi számos - főleg orvosi - előnnyel jár, mégis jelenleg a holttestből történő un. cadaver - transzplantátumok átültetése dominál. Ennek ellenére - mert az élők között történt átültetésnek több jogi problématikája van - az előbbi szabályozással foglalkozom előbb.

II. Szerv és szövet átültetése élő ember testéből

A művelet alkalmazása gyógyászati szempontból számos előnnyel jár: a legmegfelelőbb donor kiválasztására hosszú idő áll rendelkezésére az orvosnak, a transzplantátum funkcióképessége nem károsodik a kivétel alatt. /A szervátültetésekre azért van szükség, mert nincs remény arra, hogy egyes betegségek a közeljövőben gyógyíthatók lesznek./¹³ Már hosszabb idő óta alkalmazott eljárás a test olyan részeinek eltávolítása és más ember gyógykezelése érdekében történő felhasználása, amelyeket a szervezet újratermel /vér, bőr/. A szervek - amelyeknek pótlását a szervezet nem tudja megoldani - kivétele és átültetése nehezebben eldönthető kérdés. A szerv átültetésének kettős sajátossága, hogy amíg a recipiensnél gyógykezelési mód, addig a donornál a test csonkítása. Minthogy átültetés esetén a jog mindkettőjüktől beleegyezést vár el, nem érdektelen

ezt közelebbről megvizsgálni. Általános elv, hogy a donor beleegyezése szigorubb feltételeket kíván, mint a recipiensé.¹⁴ Az élő donor helyett a beleegyezést a közeli hozzátartozó sem adhatja meg. Kiskorú vagy cselekvőképtelen ill. korlátozottan cselekvőképes személy ilyen nyilatkozata érvénytelen, általában csak recipiensi oldalon lehetnek alanyai a jogviszonynak. A beleegyezőnek olyan szellemi és fizikai állapotban kell lennie, hogy döntési akaratának teljes birtokában legyen /ne csak a cselekvőképesség jogi látszata forogjon fenn/. Ez okból lehet aggályos pl. az elítéltek, vagy letartóztatottak által adott beleegyezés érvényessége.

1963-ban a Sing-Sing börtönben négy önként jelentkező rabon a csontok porcosodását tanulmányozták. A kísérlet előtt az elítéltek tudomásul vették, hogy "kicsiny, örökké megmaradó forradás" marad mellkasukon és lemondtak a kórházzal szemben támasztható bármilyen követelésről. A visszamaradó sérülések jóval nagyobb száma miatt indított kártérítési perben az első fokú bíróság zsürije úgy találta, hogy a kórház mind a kísérlet végzésekor, mind a konszenzus megszerzésekor gondatlanul járt el, az eljáró bíró ezt elutasította. A fellebbviteli bíróság álláspontja szerint a rabok konszenzusa csak a kísérlet megkezdése előtt adott nyilatkozatuk szerinti sérülések elszenvedésére terjedt ki és az ezt meghaladó sérülésekért kártérítésre tarthatnak igényt. Az USA legtöbb állama kifejezetten megtiltotta orvosok kísérleteknek elítélteken történő elvégzését, mások pedig rendkívül szigorú feltételekhez kötötték azt.¹⁵

Gyógykezelés céljára csak páros szerv egyikét lehet kivenni élő személy testéből. Három - az átültetésben részt nem vevő és így nem érdekelt orvosnak együttesen kell megállapítani, hogy a donornál a szerv kivételének feltételei fennállanak, a szerv átültetése a betegnél indokolt és az

átültetés feltételei fennállanak. A donor és a recipiens fiziológiai alkalmasságának kimondása azért fontos, mert egyrészt ha a donor fiziológiailag alkalmas, ez kihat az átültetés sikerességére is, másrészt a recipiens alkalmatlansága is eghiusithatja az átültetés gyógyászati sikerét. A szerv átültetésére csak jogszabályban kijelölt gyógyintézetben kerülhet sor, az átültetésről szóló kollektív döntés is követelmény. /1972. évi II. tv. 50-51. §§, 18/1972./XI.4./ EüM.sz. rendelet 1-2. §§/ A műtétet végző orvosnak teljes alaposággal kell tájékoztatni a beteget a műtétről, kockázatáról és a jövőben beállható esetleges veszélyekről, valamint arról, hogy az adományozás csak ingyenesen történhet. Felmerült annak a követelménye is, hogy a beteg tájékoztatását ne az átültetésben részt vevő - és így érdekelt -, hanem az átültetés végrehajtásában részt nem vevő orvos végezze, mintegy a szubjektív hozzáállás kiküszöbölése miatt. Ugy vélem, ez az ellenvetés szükségtelen, az átültetésben résztvevő /műtétet végző/ orvos nem annyira elfogult, hogy annak kárát látná a recipiens, különös tekintettel az orvos és a beteg közötti bizalmi kapcsolatra, ez még inkább indokolja, hogy a tájékoztatást ő végezze. A donornak közjegyzői okiratba kell foglalnia a kapott tájékoztatás után önként és minden befolyástól mentesen tett nyilatkozatát, amelyet a szerv kivételéig minden anyagi és más hátrányos következmény nélkül bármikor visszavonhat. Az orvos azonban hozzájárulás esetében sem folytathatja a műtétet, ha tevékenysége közben veszélyes helyzet áll elő.

A gyakorlatban élt olyan nézet is, hogy a donor viszsza lépése esetén a Ptk. 6. § alapján az okozott költségek megtérítésére kötelezhető. A donor kötelezettségét és felelősségét együttesen kell elbírálni, mivel hogy nyilatkozata nem kötelezettségvállalás; semmiféle kár vagy költség megtérítését nem vonhatja maga után nyilatkozatának vissza-

vonása.¹⁶ Ezt egyébként már maga a törvény rendelkezései is kizárják.

Kiskorú vagy cselekvőképtelen, illetőleg korlátozottan cselekvőképes személy testéből szervet más személy testébe való átültetés céljából kivenni nem szabad. A személyiség egyéniségi oldala kívánja meg, hogy ilyen műveletekbe való beleegyezést a legszemélyesebb jognyilatkozatok körébe soroljuk, amelyet a nem teljesen cselekvőképes személy helyett nem tehet meg a törvényes képviselő sem, ezért az ilyen személyeket e műveletek passzív alanyai közül ki kell zárni.

Lényegében hasonló rendelkezések vonatkoznak a szövetkivételre is, nevezetesen a szövetkivételnek fennálljanak az orvostudomány állása szerinti feltételei, a beteg legeredményesebben a szövetátültetés útján gyógyítható, a donor a műveletbe a szabad akaratából egyezzen bele, a műtet végző orvos teljes alapossággal tájékoztassa. Szövet adományozása is csak ingyenesen történhet. Az adományozó hozzájárulásának visszavonásáról és a nem teljesen cselekvőképéseknek a donori pozícióból történő kizárásáról szóló rendelkezéseket ezekre a műveletekre is alkalmazni kell.

A szerv- és szövetkivételbe való beleegyezést tájékoztatásnak kell megelőznie. Ennek ki kell terjednie a műtetre, annak kockázatára, valamint a jövőben beállható esetleges veszélyekre is /fully informed/. Ismeretes olyan elképzelés, amely a ritkán előforduló - az orvos által sem "várható" - következményekre már nem terjed ki a tájékoztatási kötelezettség¹⁷, mások szerint ebben az esetben a beteg kockázatvállalása fikтив.¹⁸ Az bizonyos azonban, hogy szinte lehetetlen a határvonalat a tipikus és a valószínűtlen következmények között megvonni. Abban a különböző álláspontok képviselői is egyetértenek, hogy nem szabad a várható kedvező álláspontot előtérbe állítani a tájékozta-

tás során.

Jogunk külön szabályozza a beültetés feltételeit, a recipiens oldaláról is kiemelve a teljes informáltságot és a recipiens fiziológiai alkalmasságát. Ez utóbbi kategóriának tartalommal való megtöltése az orvostudomány feladata: nevezetesen bizonyos esetekben a recipiens hiába szorul rá a szerv beültetésére, ha ezt bizonyos betegsége vagy fogyatékosága orvosilag kontraindikálja, pl. más szerv irreverzibilis fogyatékosága vagy rosszindulatú, főleg áttételes daganat. A donor fiziológiai alkalmatlansága sem csupán működőképes transzplantátum "szolgáltatását" jelenti, hanem elsősorban azt, hogy a szerv kivétele okán /és után/ ne romolják egészségi állapota. Lényeges rendelkezés az, hogy a tájékoztatás és a recipiens írásbeli beleegyezése abban az esetben elmaradhat, ha a szerv /szövet/ átültetése közvetlen életveszély elhárításához szükséges.

A jogirodalomban ma is vita tárgya az, hogy az adományozott szervért jár-e ellenszolgáltatás. Az egyik álláspont képviselői szerint¹⁹ az ember teste és szervei vagyoni forgalomba nem kerülhetnek, a szervátadás csak ingyenesen történhet, az ellenértékhez való kötés a beleegyezés valódi szabadságát is kétségessé teszi. Ezt az álláspontot teszi magáévá az egészségügyi törvény, amikor lezögezi a szervátengedés ingyenességét. Biztosítja azonban az e törvény alapján végzett szerv vagy szövet kivételével kapcsolatos keresőképtelenség idejére az igazolt keresetvesztés és illetéktelenség jövedelemkiesés megtérítését. Ha a donor a kivétel folytán egészségében vagy testi épségében károsodott, megrokkant vagy meghalt, őt illetőleg az általa eltartott hozzátartozókat az állam kártalanítja. /1972. évi II. tv. 53. § /1/ és /2// Az ellenszolgáltatást ellenzők is elismerik azonban azt a különbséget, amely a súlyosabb következményekkel járó ún. regenerálódásra nem

képes szövetek vagy szervek adományozása és a könnyen pótolható szövetek kivétele között van. Azt is elismerik, hogy a súlyosabban és enyhébben minősülő szervkivételek alapulvételével lehetne az ellenszolgáltatás megengedése és megtiltása kérdésében állást foglalni. Mégis éppen a súlyosabban "minősülő" esetekben zárják ki az ellenszolgáltatást a beleegyezés szabadságának biztosítása címén.

Nem vitásan nem engedhető meg, hogy szocialista társadalmunkban a szervek adásvétel útján forgalmazódjanak. Másfelől azonban kiemelést igényel az is, hogy a donor a szervkivétel folytán szervezetének egy részét veszíti el, ami esetleg későbbi életére /óvatosabb életmód stb./ is kihatással van. És mint ahogy jogszemléletünk nem tiltakozik a múló hatású véradás esetére bizonyos - akár természetbeni - térítés nyújtása ellen, ugyanúgy nem lehet súlyosabb kifogást emelni az ellen, ha a szerv átengedése esetére is bizonyos, a szervezete újbóli megerősítését szolgáló térítésben részesítenénk az adományozót.²⁰ Különösen nem sértene a szocialista jog alapelveit bizonyos speciális, időszakonkénti orvosi felülvizsgálatok, szanatóriumi elhelyezés, kedvezményes gyógyüdülés stb. formájában történő "ellenérték" nyújtása, vagy pl. a munkáltatás területén bizonyos munkavégzés megtiltása, kedvezőbb munkabeosztás elrendelése.

Súlyos problémát okoz a resuscitációs és a haemodialysis készülékek kis száma. Bizonyos, hogy az ilyenekre szoruló paciensek igen kis része jut ezekhez hozzá. /Nálunk évi kb. 300 azon vesebetegek száma, akiket tartós művesekezelésben vagy vesetranszplantációban kellene részesíteni. Minthogy a betegeknek hetente kétszer művesekezelésben kellene részesülni, ez évente 30.000 művesekezelésre tehető. Technikai lehetőségek hiányában ezt nem lehet megoldani./Végeredményben a tartós művesekezeléssel élet-

ben tartott vesebeteg egészségileg nem tekinthető rehabilitáltnak, szemben a sikeresen transzplantált beteggel. Ezért az orvos és a beteg szempontjából is helyeselhető a transzplantáció - ha azzal a beteg is egyetért.²¹ Ezekben az esetekben döntő szempont, hogy az részesüljön az említett eszközök segítségével, akinél leginkább várható eredmény. /Pl. ikertestvér donorra váró vesebeteg/. Ugyanis a mesterséges légzést és vérkeringést biztosító készülék e is azt kell helyezni, akinek több lehetősége van a spontán életműködése visszatérésére. Nem lehet azt részesíteni ilyen kezelésben, akit vérosoportja, vagy egyéb adatai alkalmasabbá tesznek arra, hogy egy várományos recipiensnek a donorává válják. Lényeges különbség van abban is, ha már a készülékben lévő beteg kiemelése és mással helyettesítése kérdése merül fel. Az ilyen probléma megoldására a célszerű szelekció alkalmazása bizonyos életkoron felül vagy bizonyos diagnózisok esetén az ilyen gépbe helyezés mellőzése. Természetesen nem merül fel a probléma, ha a személy állapota annyira kilátástalan, hogy új jelentkező hiányában is megengedett lenne a gép lekapcsolása. A szelekciós probléma nem merül fel, ha a donor egyetlen recipiensnek felel meg, vagy a recipienst kifejezett rendelkezéssel a donor maga jelölte ki. Ilyen esetben a recipienst nem lehet mással helyettesíteni. A technikai fejlődéssel az említett gépek számának és teljesítőképességének fokozása útján a szelekció kérdése enyhülni fog. A kisebbrendű, nem sürgős jellegű, emberi testből származó ún. szervbankban eltartható elemek beültetésénél is remélhető a kórházak több országra kiterjedő együttműködésének eredményeként is az etikai probléma enyhülése. Ebben a körben az emberi holttest egyes részeinek therápiái célra felhasználásának minél messzebbre menő megengedése a fejlődés útja.

Alig lehet hasonló fejleményeket várni a magasabbrendű szervátültetések körében. Szinte elképzelhetetlen vi-

szont, hogy valaha is az igénynek megfelelő számú cadaver donor álljon rendelkezésre. A felsőfokú szervátültetés szelekciós problémáját éppen az tompítja, amely magában a kérdéskör legsúlyosabb megoldatlan kérdése: nevezetesen az immunreakció és annak megelőzésére a donor és a recipiens histocompatibilitásának kutatása. Az eddigi gyakorlati tapasztalatok alapján el kell fogadnunk azt az álláspontot, hogy minél szélesebb körű a donor és a recipiens között a várható antigének egyezése, annál több reményt lehet fűzni az immunreakció leküzdéséhez és a túlélés elvi véglegesítéséhez, úgy el kell fogadnunk, hogy a versenyben álló recipiensek közül azé legyen az elsőbbség, akinek jobbak a túlélési kilátásai, a histocompatibilitás foka lesz a szelekció első faktora. Bizonyos személyi adottságok figyelmen kívül hagyása viszont aggályos: helyes volna pl. az a hollandiai döntés, amely az egyik veséjét eladományozó későbbi vesemegbetegedése után őt jelölték ki az első számú várományossá.

Ami az említett szempontok rangsorát illeti, kétségtelenül első helyre kell tenni a recipiens szempontjából az átültetés indikáltságát, nevezetesen a recipiens a recipiens szükséghelyzetének fokát és a beültetés kilátásosságát. Az indikáció kisebb fokát vagy hiányát nem ellensúlyozhatja a histocompatibilitás bármely magas foka sem. A transzplantáció kontraindikált eseteinek felsorolását-tisztán orvosi szakkérdés lévén - mellőzöm. Magyarországon a vese-transzplantáció esetén több mint tíz ilyen szempontot vesz figyelembe az orvos.²²

Az emberi testnek közel húsz elemét lehet transzplantálni. A szerv- és szövetátültetésnek azok a típusai, amelyek már rendszeresen alkalmazott therápiái műtétnek minősülnek /bőr, csont, in, szaruhártyaátültetés, vértranszfúzió/ a rendes orvosi tevékenységre vonatkozó jogi szabályozás alap-

ján bírálандók el. Ezek ma már az orvos gyógyító-megelőző működésének tekinthetők. Határesetet jelent a veseátültetés, amely jelenleg kezd "bevonulni" ebbe a körbe, bár gyakorlati alkalmazásában elsősorban a donorok hiánya miatt elmaradás észlelhető. A túlélés aránya vérrokonok között 60-80 %-ra tehető, cadaver recipiensek esetén a négy éves túlélés aránya jobban alakul, mint az operált carcinómások öt éves túlélése²³, viszont utóbbiak abbahagyását senki sem veheti fel. Az ACS/NIA Organ Transplant Registry szerint 1976. januárjáig a világon 23.919 veseátültetést végeztek el, ebből kb. 10.800 él.²⁴ Magyarországon jelenleg öt művese-állomás működik, 1978. év végéig ezek kb. 20.000 vértisztítást végeztek el. Az országban áprilistól október végéig 17 veseátültetést végeztek el, ebből egyet Miskolcon, a többit Budapesten. Megszervezték kötelező donorjelző szolgálatot - annak szigorú előrebocsátásával, hogy a potenciális donor súlyosan beteg egyén, akinél minden beavatkozásnak a gyógyítást kell szolgálnia - felhasználva a külföldön már eredményesen működő veseátültetési egyesülések szervezeti és módszertani tapasztalatait.²⁵

Egyéb szervek /máj, tüdő, lép, hasnyálmirigy/ átültetése jelenleg csak a kísérlet stádiumában van²⁶ és ezek még inkább a kísérletezéssel és kutatással vegyített tudományos próbálkozásnak hatnak, mintsem komoly gyógyító eredménnyel járó műtétnek, arra is tekintettel, hogy hatásuk aligha jelent többet az amúgy is elkerülhetetlen halál bizonyos időre történő elodázásánál, hogy nem az élvezhető, vállalható, de legalább tűrhető, tudatos életet, csak "puszta" életet tudnak nyújtani.²⁷ Ebbe a körbe tartozik a szívatültetés is, amely felé a tudományos és laikus körök figyelmét az 1960-as évek végén túlzóan hangos sajtó keltette fel, és emelte ki az említett esetsorozatba sorolható beavatkozások közül, rajta elemezve és bemutatva a lehetősége végső hatá-

rára jutott ember és az orvos különleges kapcsolatát. Ezt csak elősegítette a dobogó szívhez, mint az élet jelképéhez fűződő misztikus nézet elterjedtsége is. /A valóságban bármely életfontosságú szerv átültetése ugyanazokat az erkölcsi - jogi kérdéseket veti fel, de minél kockázatosabb a beavatkozás, annál élesebben vetődnek fel ezek a kérdések, ahol élő szerv adományozásáról van szó, ott leginkább jogi, ahol halott testéből történő átültetésről van szó, ott az erkölcsi nehézségek esnek nagyobb súllyal a latba./ Lévéen a szív nem páros szerv, kiemelése etikailag és jogilag rendkívül bonyolult. Adott esetben a szándékos emberölés miatti büntetőeljárás vádlotti védekezése az volt, hogy az áldozat halálát a szív átültetését végző orvos, és nem ő okozta. A védelem azonban nem tudott olyan szakértőt szerezni, aki ne az agyhalált tartotta volna a valószínűs halálnak - bár megjegyzendő, hogy az ügy bírása csak a harmadik negatív encephalogramiai lelet időpontját tartotta a halál időpontjának, holott az agyműködés nyilván már az első negatív lelet alkalmával hiányzott.²⁸

A szívatültetésekkel részletesen foglalkozik az 1968-as CIOMS deklaráció, amely szerint "A szívatültetés jelenleg olyan kivételes természetű kisegítő műtét, amelynek eredményei még nincsenek tisztázva". Ilyen műtétet csak cardiológiával, immunológiával és neurológiával aktívan foglalkozó szakorvosokkal és velük szorosan együttműködő szívsebészekkel rendelkező intézetekben lehet végezni. Alkalmazni csak rohamosan és végzetesen fejlődő olyan szívbeteggekkel szemben lehet, akiknél a javulás sem orvosi kezeléssel, sem más sebészeti beavatkozással nem érhető el. Ajánlott a műtét előtti szövetszövetvizsgálatok elvégzése, hangsúlyozták a magasabb rendű emlős állatokon végzett, átültetett szervek kilökődésének vizsgálatára vonatkozó kísérletek fontosságát is.

Az igazi probléma, amely ebben a kérdésben - és az ilyen műtétek időszerűségének a megítélése kérdésében is - a nézeteket ingadozásban tartja, az immunreakció kérdésköre; csak akkor várható az új szív befogadása, ha előbbre lehet lépni a szöveti összeférhetetlenség okainak és mechanizmusának tisztázásában, és sikerül olyan eljárásokat kidolgozni, amelyek megbízhatóan elnyomják az immunreakcióért felelős védekezési rendszert. Az immunreakció leküzdésének az az ára, hogy a recipiens védtelenné válik mindenfajta vírusos fertőzéssel szemben, a már kiállt betegségek fellobbanása fenyegeti végzetes mértékben. Ezért amikor a recipiensnek a beültetéssel pótolni kívánt szerve olyan állapotban van, hogy életét más terápiás eszköz nem mentheti meg, az átültetés csak akkor indokolt, ha a szervezete teljesen egészséges. /A kilökődési reakciók súlyosságát a beültetni kívánt szerv /szövet/ jellege határozza meg, az önálló anyagcserével nem rendelkező, csupán támaszként szolgáló szövetektől a saját maga által a recipiens szervezetét is támadó oncovelőig./

1977-ig összesen 308 szívátültetést végeztek a világon, ebből 63 személy él. 1969 óta azonban a szívátültetések száma évente csökken. Próbálkoznak a saját szív mellett kisegítő második szív átültetésével és ún. mesterséges szivekkel is. Előbbivel szemben ellenvehető, hogy ezt maguk az alkalmazói is ideiglenes megoldásnak tartják, utóbbival pedig, hogy nem megoldott probléma a szervezet által saját szükségleteinek megfelelően nem szabályozható mesterséges szerkezet működése.

Megítélése tekintetében lényeges szempont a túlélés tartóssága és a normális életre való visszatérés lehetősége. A veseátültetések eredményeinek etekintetbeli kedvező eredménye nemcsak ezen műtétek elismerését, de törvényi intézkedésekkel történt elősegítését is eredményez-

ték.²⁹/A francia Emanuel Vitria 1968. november 28 óta él idegen szívvél mellkasában és a gyakori orvosi műszeres vizsgálatoktól, valamint az immungátlást biztosító gyógyszerek bizonyos kellemetlen hatásától eltekintve normális társadalmi életet él. Az egyedülálló esethez azonban megalapozott messzemenő következtetéseket fűzni aligha lehet./ Ezek a kezdeti kedvezőtlen eredmények a szívatültetés jogi megítélésére is kedvezőtlenül hatottak. A rövid időn belüli igen nagy halálozási arányszám a beültetést a halálbasegítésnek olyan formájához közelíti, amely annak a csekély százaléknak érdekében vívta ki jogosultsága elismerését, amelyeknél korlátozott időtartamra gyógyító eredmény mutatkozott.³⁰ Ebből a talán túlzottan pesszimista véleményből következően - de a szívatültetési műtét kísérleti jellegét is szem előtt tartva - kell azt rögzítenünk, hogy az ilyen beavatkozás az arra lehetőséggel rendelkező orvos számára olyan rendkívüli eszköz, amelynek alkalmazása csak megengedett lehet, de az életmentési kötelezettség keretében e művelet kötelező elvégzését nem írhatjuk elő.

Általános elv, hogy életveszély elhárítása végett az életveszélybe került személy akarata ellenére is helye van beavatkozásnak /Ptk. 485. § /2/ bekezdés/. Ez nem általános polgári jogi kötelezettség, hanem olyan erény, amelynek a törvény kedvez.³¹ A kötelezett még büntetőjogi szankcióval is biztosított a Btk. 127. § szerinti segítségnyújtás elmulasztása képében. Másfelől az 1972. évi II. tv. 43. § /3/ bekezdése gyógymód megválasztási szabadságot ír elő az orvos részére, kötelességévé avatja viszont a beteg megfelelő tájékoztatását és az orvosi előírások biztosítását /45. §; 15/1972. /VIII.15./EüM.sz. rendelet 83. §/. Nem terjed ki azonban ez a gyógymód megválasztási szabadság - és így kifeje-

zett hozzájáruló nyilatkozat szükséges - olyan műtét, vizsgálati eljárás vagy egyéb életveszélyes eljárás esete, amelyet kizárólag kórházban lehet elvégezni. Az ilyen hozzájárulást maga a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotában, ill. oselekvőképtelen, vagy korlátozottan oselekvőképes helyett a törvényes képviselő jogosult megadni /1972. évi II. tv. 47-48. §§; 15/1972. /VIII.15./EUM.sz. rendelet 87. §/. Nincs szükség hozzájárulásra, ha ennek beszerzése lehetetlen, illetve veszélyezteteti a szükséges beavatkozást, mert a tervezett beavatkozásra más módon el nem hárítható életveszély miatt van szükség, vagy ha a műtét közben merül fel további műtėti beavatkozás szükségessége /47-48. §§/. Általános - az életmentési kötelezettség keretében álló - eszközként már csak azért sem írhatjuk elő az orvos számára, mert az egészségügyi törvény más helyen a recipienének a kapott teljes tájékoztatás után önkéntes akaratelhatározásból adott hozzájárulását kívánja meg /52. §/. Tehát adott esetben az átlagosnál is nagyobb gondossággal kell eljárni a beleegyezés megszerzésénél.

Nem érintettük a mai technikai színvonalon még igen költségesnek minősülő szervátültetések költségproblémáit. /Egy 1969-es szívatültetés költsége 28.800 dollárba került, a veseátültetés költsége ennek felére tehető./ Alig lenne elviselhető, hogy ilyen jellegű műtétekben csak azok részesülhetnek, akik a költségek fedezésére képesek. Az USA-ban a magánbiztosítás által nem fedezett költségeket a közösségek szokták magukra vállalni. Hazánkban minden állampolgárt ingyenesen megillető - és adott esetben a szervátültetést is magában foglaló - gyógykezelés ingyenessége miatt hasonló probléma nem adódhat, a rendelkezésre álló anyagi eszközök elégtelen volta esetlegesen az ilyen műtétek alapos szelektálását és így az indokolatlan kísérletezési elem kiszűrését eredményezheti.

A szerv- és szövetátültetésekkel kapcsolatosan nem érdektelen néhány gondolat erejéig kitérni a felelősség egyes kérdéseire. Ezek közül a szervkivételtől visszalépő donor költség- ill. kártérítés alóli "mentesítését" már érintettük. Másik ilyen esetkör a szervkivételt végző orvos /orvoscsoporthoz, egészségügyi intézményhez/ felelősségének a kérdése. A rendes orvosi tevékenységért való polgári jogi felelősség az általános vétkességi felelősség egyik esete. Elemei a jogellenesség, a felróhatóság és az okozati összefüggés a kifejtett magatartás és a kár között, míg a beteg együttműködési kötelezettségének megsértése a kártérítési kötelezettség korlátozására vagy kizárására vezethet.³² A fokozott veszéllyel járó tevékenység folytatására vonatkozó szabályozás alkalmazását már az kizárja, hogy nem maga az orvosi tevékenység rejti magában a veszélyt, hanem a beteg szervezetének, életműködésének eleve ki nem számítható adottságai. Az ún. orvosi műhiba azonban rendszerint szerződésesszegési felelősséget valósít meg: magánygyógykezelés igénybevétele esetén quasi megbízási jogviszony keletkezik, az egészségügyi intézet a társadalombiztosítás alapján kezelt beteget szintén jogviszony alapján látja el. Ez utóbbi esetben az elmélet és a gyakorlat szerint a gyógykezelésre jogosult beteg és az erre kötelezett állami egészségügyi szolgálat illetékes szerve között szerződészerű /törvényen alapuló megbízásszerű/ jogviszony jön létre. Végül a sürgős szükség esetén az egészségügyi törvény által kötelezővé tett mintegy megbízási nélküli ügyvitel, illetőleg helyénvaló beavatkozás esetén a megbízási szabályai irányadók. A felelősség alapjául az egészségügyi törvény 43-46 §§-ban és a 15/1972./VIII.15./EüM.sz. rendelet 78-86. §§-ban foglalt magatartási szabályok megszegése szolgál. A felelősség alanya magángyógykezelés folytatása körében maga az orvos, ha a magánorvos alkalmazottja okoz kárt, a szerződésesszegé-

si felelősség körében a kifejtett magatartás jellege szerint kell elhatárolást tenni,³³ felelősséget az orvos polgári jogi viszonytal specifikusan együttjáró kötelezettségsértése alapozza meg. Ez esetben az orvosnak mintegy teljesítési segédje az alkalmazott. Az alkalmazott szerződésen kívüli károkozása esetében munkaviszonyával összefüggésben okozott kárért a munkáltató felel. Állami egészségügyi szolgálat keretében jogviszony a beteg és a társadalombiztosítási szerv között jön létre, az orvossal közvetlen szerződéses kapcsolat nincs. A szerződésességért való felelősség, kötelezettje a beteggel szemben a szerződő fél. /A gyógykezelésre kötelezett egészségügyi intézmény./ Felelősségét bármelyik alkalmazottjának tevékenysége megalapozza. /Az orvosi felelősség és az egészségügyi intézet, mint kollektiva felelősségének vizsgálata természetesen meghaladja e dolgozat kereteit./ Maga az orvosi felelősség nem eshet a veszélyes üzemekről szóló felelősség szabályai alá. A gyógyítás oáliját szolgáló és ennek érdekében alkalmazott, önmagukban is veszélyesnek minősülő /pl. sugárzó berendezés/ felszerelések alkalmazása nem minősül fokozott veszéllyel járó tevékenység folytatásának³⁴, a testi épség megkárosításában rejlő szerződésességi többlet a veszélyes üzemi felelősségi alakzatában kerül értékelésre.³⁵ Ha a kár a gyógyító-megelőző orvosi tevékenységgel nincs kapcsolatban, de az említett felszerelésekből ered, alkalmazandó a fokozott felelősség.

A rendhagyó orvosi beavatkozásra is a rendes orvosi felelősség szabályait kell alkalmazni, nem alkalmazhatók a fokozott felelősség szabályai. A kivétellel kapcsolatban a donornál bekövetkezett károsodásért a kártalanítást az állam vállalta magára /1972. évi II. tv. 16/1972./IV.29./Mt.sz. rendelet 29. §/.

III. A holttest, mint a rendhagyó orvosi tevékenység tárgya

A halál bekövetkeztével megszűnik az emberi személyiség, az ember elveszti személyiségének alapját és legfőbb ismervét: öntudatát. "Az elhalt embernek semmiféle, így kegyeleti jogai sem lehetnek."³⁶ A kegyeleti jogok a hozzátartozók vagy a társadalom jogai. A holttest azonban nem válhat vagyoni forgalom tárgyává, mint a halott emlékének hordozója szerepel. Polgári törvénykönyvünk a halott emlékét és jóhírnevét védi, az ilyen kegyeleti jog megsértését jelentő magatartás miatt a keresetindításra jogosultak körét is meghatározza. /Ptk. 85. § /3/ bek./ A büntetőjogi védelem szerint halottnak vagy emlékének meggyalázása a becsületsértésre vagy a rágalmazásra vonatkozó rendelkezések szerint bírálendő el. A holttest vagyoni rendelkezés tárgya nem lehet, sem adásvételben, sem más kötelmi jogügyletben nem lehet sem ingyenes, sem visszerthes elidegenítés tárgya. Ezt természetesen alkalmazni kell a holttest részeire is, mindaddig, amíg az emberi eredete felismerhető.³⁷ Orvostudományi egyetemi tanítás céljára adható át olyan személy holtteste, aki az átadáshoz életében hozzájárult, vagy eltemetésről /elhamvasztásról/ nem gondoskodott, olyan hozzátartozója, akinek eltemetéséről gondoskodnia kellett nem jelentkezett, vagy jelentkezett, de az átadáshoz hozzájárult /1972. évi II. tv. 66. § /1/ bek./, ez csak ingyenesen történhet. Közvetlen gyógykezelés érdekében átültetés céljára a holttestből szervet, illetve szövetet lehet kivenni, ezt azonban csak kijelölt egészségügyi intézmény végezheti. A kivétel nem végezhető el, ha az ellen az elhunyt életében tiltakozott és ezt a kezelőorvosával közölte. A szervkivétel nem akadályozhat-

ja a halál okának illetve körülményeinek megállapítását. Szövetet ill. szervet lehet kiemelni kórbonotani vizsgálat keretében a halálok megállapítása végett /1972. évi II. tv. 65. §/.

Kérdés azonban, hogy a halál mikor következik be és hogyan lehet bekövetkezését megállapítani. A halál az életfolyamatok irreverzibilis megszűnése, akár a test egészére /mors/, akár egyes részeire vonatkoztatjuk /neurosis/. Rendkívül nehéz annak megállapítása, hogy az életfolyamatok megszűnése mikor minősül irreverzibilisnek, ezt az ember szervezetének adott helyen, időben és körülmények közötti reagálása és az orvostudomány logmagasabb fejlettségi fokának megfelelő orvosi beavatkozás hatékonysága határozza meg. A halál időpontja azóta vált kérdésessé, amióta a tudomány lehetővé tette, hogy bizonyos életfunkciókat megszűnésük után visszaállítson, illetőleg az agyműködés megszűnése után is fenntartsa. Valójában "a halál nem egyszerre bekövetkező esemény, hanem... folyamat."³⁸ A jogász számára azonban olyan pillanat szükséges, amelyhez hozzákapható a halál jogkövetkezményeit /öröklés stb./. Korábban ez az ún. klinikai halál volt - amelyet ma már a büntetőjogászok is elfogadhatatlan kiindulásnak tartanak³⁹ -, ma már azonban a szívműködés és a légzés újbóli megindítása, vagy ezek géppel való végeztetése miatt nem alkalmazható. A gyakorlatban uralkodóvá vált az a nézet, hogy az agyműködés irreverzibilis megszűnése esik egybe a halál időpontjával. Nem bizonyos azonban, hogy az agyműködés hiánya feltétlenül irreverzibilis, mesterségesen fenntartott légzés és vérkeringés mellett bizonyos ideig tartó kóma után még visszatérhetnek az agyműködés jelei. A megszűnés felismerése a következő kritériumok alapján történik:

- minden reakálási életjelenség teljes elvesztése,

- a reflexek és az izomtónus teljes megszűnése,
- a szponán légzés hiánya,
- az artériás vérnyomás megsemmisülése, amint azt nem tartják fenn mesterségesen,
- az abszolút egyenes vonalú /stimulálás ellenére is/ EEG-lelet.

Az említett kritériumok - a biológiai reagálás ellenkezősége miatt - nem irányadók fiatal gyermekek, hypotermiás állapotban lévő, vagy heveny mérgezésben szenvedő személyekre nézve. /Megjegyzendő, hogy pl. az 1968-ban elfogadott ilyen felsorolás mintegy tíz fajta reflexet sorol fel, amelyek hiányáról meg kell győződni./ Felveti azt a kérdést e sok kritérium felállítására, hogy "nyolc vonatkozású negatív adat után a következő pozitív reagálás megléte az életbenlétre utal-e, és ha igen, mennyi ideig tarthat még az ilyen élet, amikor a gyógyítás kilátása tulajdonképpen a semmivel egyenlő."⁴⁰ Tekintettel arra, hogy az orvostudomány ma még nem ismeri azt a pillanatot, amikor az agyi tevékenység irreverzibilitása bekövetkezett, a kérdésben még ma is eltérők az álláspontok.⁴¹

A magyar jogi szabályozásnak sikerült megtalálni egy olyan szabályozást, amely maradéktalanul szolgálja az orvostudomány fejlődésének igényeit anélkül, hogy a hozzátartozók kegyeleti jogait leosókkentené. A nyugati államok irodalma ebben a kérdésben /az elhalt és hozzátartozók beleszólási joga és terjedelme/ még vitát folytat.

1969-ben Zürichben az első szívatültetés donorának hozzátartozóitól nem kértek hozzájárulást. Az ujságról indiszkréciójá folytán nyilvánosságra került eset miatt a szülők keresetet nyújtottak be Zürich kanton és a sebeszsocsoport ellen személyiségi joguk megsértése miatt. Az ügyet végső fokon eldöntő Legfelsőbb Biróság megállapítása szerint az elhalt szüleinek jogát sértette az or-

vosok eljárása. Álláspontja szerint az elhalt testével való rendelkezés joga nem reprezentál olyan magas értéket, hogy azzal szembenálló érdekek ne lennének mérlegelhetők. Nem mérte azonban össze a szülők jogi érdekét a recipiens érdekével, ill. azzal, hogy az orvosok új gyógymódot próbáltak ki. Rögzítette azonban azt, hogy a szervátültetést a paciens megmentése eszközeként csak végső esetben szabad alkalmazni és csak akkor, ha a fennálló kockázat mellett ésszerű kilátás van a sikerre.⁴²
/A Szövetségi Bíróság azóta hozott ítéletében viszont már azt rögzítette, hogy a hozzátartozóknak joguk van az átültetés megakadályozására./

Bonnban 1969. július 18-án a sebészeti klinikán az agyhalál angiografiás megállapítása után a légzést és vérkeringést géppel fenntartva több óra elteltével az elhunyt máját egy közvetlen életveszélyben lévő rákos beteg testébe ültették át a hozzátartozóinak megkérdezése nélkül. A donor felesége és anyja az orvosok ellen holttest jogosulatlan elvitelének büncselekménye miatt tett feljelentést és erkölcsi kártérítési igényt is érvényesítettek személyiségi joguk megsértése miatt. Az ügyész a nyomozást büntethetőséget kizáró végszükség címén szüntette meg, a bíróság a polgári keresetet elutasította. Indokolása szerint azonban a szervkivételhez legalább az egyik legközelebbi hozzátartozó hozzájárulására szükség van, ha megkérdezésükre nincs alkalom és mód, csak akkor lehet azt vélelmezni. Az objektíve megállapított kötelezettség-szegés ellenére is csak abban az esetben lenne helytálló a felelősségrevonás, ha az orvos valamely világos és egyértelmű szabályt nem, vagy nem helyesen alkalmazott volna. Elvárható lett volna tőle a jogirodalomban való tájékozódás vagy szakértőkkel történt konzultáció, de éppen a hozzátartozó beleegyezésétől eltekintő vagy azt szükséghely-

zetben mellőzőnek vélő irodalmi álláspontok is ismertek. Egyébként is az orvosprofesszor a recipiens életének megmentésére, de legalábbis meghosszabbítására törekedett és cselekedetével nagyjelentőségű orvosi tudományos területen új ismereteket és az első gyakorlati tapasztalatokat szerezte. Adott esetben az erkölcsi kártérítés, mint szankció, a személyek olyan köre ellen irányulna, amelyről fel lehet tenni, hogy nem kell ilyen eszközt igénybevenni a jogellenességtől való visszatartásra, nem zárkoznának el a kialakuló egyértelmű bírói gyakorlat vagy tudományos állásfoglalás követésétől. Az irodalomban egyébként "Gutgemann esetként" közismert ítélet éppen ezért úgy értelmezhető, hogy az orvosok elé figyelmeztető táblákat állítson.⁴³

A belga semmitőszék már 1899-ben kimondotta, hogy az ember, mint életében saját személyiségének ura, szabadon rendelkezik a holttestéről arra az időre, amikor már nem fog élni. Egy 1969-ben előterjesztett javaslat minden 21. életévét betöltött személy számára biztosítani kívánja azt a jogot, hogy a személyazonossági igazolványára rávezesse azt a kívánságát, hogy a testét halálos baleset esetére egészségügyi célra rendeli.

Az Angliában 1968-ban előterjesztett törvényjavaslat szerint, jogszerű a halott ember testéből a vese kiemelése életmentési céllal történő beültetésre, kivéve ha az elhunyt életében ezzel ellentétben intézkedett.⁴⁴ A rendelkezés elmebetegekre, gyengeelméjűekre, szabad akaratnyilvánításra képtelen állapotban levő személyekre, illetve 15 évnél fiatalabbakra és 65 évnél idősebbekre nem vonatkozik. A halál beálltát azonban legalább két - a szerv átültetésében fészt nem vevő - orvosnak kell igazolnia és egyikük legalább öt éves gyakorlattal kell, hogy rendelkezzen.

A dán Folketing által 1967-ben elfogadott 247. to. szerint a nagykorú donor /Dániában 21 év/, illetve a kis-korú esetében a törvényes képviselő előzetes írásbeli beleegyezése elengedhetetlen a szervkivételhez. Bizonyos esetekben megengedett a boncolás szervátültetéssel történt összekapcsolása, a halál bekövetkezése és a boncolás megkezdése között legrövidebb időtartamot 6 órában szabja meg. Az átültetést nem végezheti az az orvos, aki az elhunytat halála előtt gyógykezelte.

Az USA egységes törvénye az anatómiai ajándékozásról - amelyet 1968 óta az államok mindegyike saját törvényei közé iktatott - értelmében minden 18 éves, vagy ennél idősebb, szellemi képességei birtokában lévő személy átadhatja testrészét meghatározott célra. Ha az elhunyt életében ilyen nyilatkozatot nem tett, de ellenkező értelmű akarata sem állapítható meg, a törvényben rangsorba állított hozzátartozók tehetnek nyilatkozatot. /A rangsorban hátrább álló hozzátartozó csak az előtte álló kategória üres volta, vagy annak a rendelkezésről való lemondása után tehet nyilatkozatot./ A nyilatkozatot vagy végrendeletbe foglalva, vagy az adományozó és két tanu együttes jelenlétében aláírt nyilatkozat formájában lehet megtenni, míg a hozzátartozóktól a donor halála után beszerzett nyilatkozat telekommunikációs eszközön is megtehető, de azt rögzíteni kell.⁴⁵

Csehszlovákiában az átültetést a 20/1966.Zb, 42/1966.Zb és a 47/1966.sz. EüM. rendeletek szabályozzák. Ezek szerint a halottak testéből szöveteket és szerveket lehet kivenni gyógyászati és tudományos kutatási célokra. Kötelező az átültetésben résztvevő recipiensnek a műtétbe való beleegyezése, ezt a befogadó feltételezhető egyetértése esetén, vagy olyan állapot esetén, ha a recipiens beleegyezését nem lehet kikérni, mellőzni lehet. Az orvos dönt viszont az átültetésről, ha az akaratnyilvánításra

képtelen személy képviselője megtagadja a hozzájárulást. A halott szöveteit és szerveit nem szabad gyógyászati vagy tudományos kutatási célokra eltávolítani, amennyiben a halott életében írásban kifejezte akaratát, miszerint ezzel nem ért egyet. A halottak testéből szöveteket, szerveket eltávolítani általában legkorábban a halál megállapítása után 2 órával lehet. A várakozási idő eltelte előtt a szerv eltávolítását csak abban az esetben lehet elvégezni, ha a szerv az előírt határidő után való kivétel esetén nem lenne felhasználható. A szervkiemelést csak magasabb felkészültségű intézetekben, csak a boncolást végző orvos egyetértésével lehet elvégezni. A halált orvosbizottságnak kell megállapítani.

A Venezuelában 1972. júliusában elfogadott transzplantációs törvény "olyan általános emberi kérdések körébe vág, amelyek megoldásánál a különböző társadalmi rendben élő államok joga közötti konvergencia érdeemes."⁴⁶ Szervek kiemelésére és felhasználására csak kijelölt intézeteknek van joguk, kötelesek azonban az ehhez szükséges felszerelésről és személyzetről gondoskodni. Átültetés csak a szokásos gyógyító eszközök hatástalan alkalmazása után alkalmazható. Az adományozás ingyenes, szabadságvesztéssel bünteti a törvény a szervekkel történő nyereszkedést. Donor csak a recipiens hozzátartozója lehet - kivéve az Akadémia és az Orvosszövetség engedélyével kijelölt más donorokat -, ezzel is az adományozás ingyenességének betartását biztosítva. Az adott beleegyezés visszavonható. A holttestből való szervkivételhez a donor írásbeli beleegyezése, ennek hiányában a legközelebbi hozzátartozó beleegyezése szükséges. A halál beálltának megállapítását háromtagú olyan orvosbizottság végzi, amelynek tagjai az átültetésben nem vesznek részt.

A magyar törvényi szabályozást már a fejezet elején körvonalaztam, az ismertetett jogszabályok közül maradéktalanul biztosítja az orvostudomány fejlődését, míg ennek ellenére - vagy inkább ezzel összhangban - védi a kegyeleti érdekeket is. Szabályozásunk szerint nincs megszbott határidő /várakozási idő/ a halál beállta és a holttest megnyitása között. Olyan szervet, amelyet átültetésre alkalmas állapotban csak a halál beállta után igen rövid időn belül lehet kivenni, csak abban az esetben szabad kiemelni, ha a halál beálltát háromtagú orvosi bizottság megállapította és igazolta. /Ennek a nagyjelentőségű rendelkezésnek orvosi indoka az, hogy már a haldoklás folyamán megkezdődik egyes szervek károsodása. Az átültetés gyógyászati kilátásai viszont abban az esetben lesznek minél sikeresebbek, amennyiben viszonylag kevésbé károsodott szervet ültetnek át, ez adja indokát a holttest mielőbbi megbontása igényének és ez utóbbi vonja viszont maga után a halál beállta bizonyosságának tudományos kritériumok alapján történő megállapítása követelményét./ A halált megállapító orvoscsoporth egyik tagjának electroencephalographiában gyakorlott idegszakorvosnak, a másik tagjának anesthesiológusnak, vagy az intenzív osztályon működő szakorvosnak kell lennie. Nem lehet a team tagja olyan orvos, aki akár a kivétel, akár az átültetés műtétében részt vesz. A halál megállapításának együttes feltételei:

- mély eszméletlenség,
- mindennemű reflex teljes hiánya,
- a pupillák teljes kétoldalú fénymerevsége,
- a spontán légzés teljes hiányának megállapítása 10 percen át többször megismételt méréssel /a tíz perc a gépi lélegeztetés kezdetétől számít/,
- külön technikai feltételek között végzett időza-

kos stimulálás esetére is sorozatosan észlelt abszolút lineáris EEG lelet.

Gyakorlati szakemberek felróják a szabályozásnak, hogy a felsorolt kritériumok együttes jelenlétét kívánja meg, holott irreverzibilis agykárosodás esetén is észleltek lassú agyi elektromos aktivitást; az előírt technikai feltételek /8 csatornás EEG, EKG és EMG/ olykor a legjobban felszerelt egészségügyi intézményektől is nehezen követelhető meg, valamint, hogy a bizottság tagjai sorából indokolatlanul zárják ki az ideggyógyász szakorvosok ellenében a hasonló felkészültségi idegsebészeket ⁴⁷ /18/1972./XI.4./EüM.sz. rendelet 5-6 §§/. A felsorolt feltételek együttes hiányában elvégezhető a szervkivétel rendkívüli halál esetében, ha szívműködés és vérkeringés nincs, az újraélesztés eredménytelen, vagy ha a halált baleset következtében elszenvedett és az élettel össze nem egyeztethető idegrendszeri vagy más szerv károsodása okozta. A halált szintén a már említett bizottság állapítja meg. Tekintettel arra, hogy a vérkeringés és a szívműködés hiányának és az újraélesztés eredménytelenségének a megállapítása az orvosi gyakorlat mindennapos ténykedése, a bizottsághoz kötés szükségtelennek látszik.

Többek által felvetett probléma az újraélesztés, a resuscitatio kérdése. Az agyműködés végleges megszűnése utáni resuscitációt gépi úton fenntartani egyesek szerint nem lehet ⁴⁸, ez a személyiség sérelme, amely az embernek a természetes halálhoz való jogát akadályozza ⁴⁹, egészségügyi törvényünk valójában ezt lehetővé teszi. ⁵⁰ A kétségtelenül rendkívüli szélsőségekre lehetőséget adó területen jogi rendezésre lenne szükség, bár a gépi működtetés a gyakorlatban csak korlátozott ideig tarthat és az átültetés sikerének szempontja inkább a kiemelés rövid időn belüli célja mellett szól.

A szervátültetések valódi nagy problémája elsősorban nem orvosi és nem jogi jellegű. Az immunrendszer kutatásának eredményei, eddig nem is sejtett felfedezések az orvosi problémákat fokozatosan enyhítik. A jogi szabályozás kidolgozottnak és kielégítőnek mondható, vita egy-két terület kiélezett problémája körül van. Valójában azonban a szervezettség hiánya az, amely e műveletek elterjesztését jelentősen befolyásolja. Ebben a körben a transzplantációs csoportok létrehozása a jövő útja. Ilyen már több nyugati országban létrejött: így az Eurotransplant, Skandiatransplant, Austrotransplant. Nemrégiben a szocialista országok prágai központtal az Intertransplantot hozták létre, 1978-ban az Országos Haematológia és Vértranszfúziós Intézet kidolgozta a veseátültetés szervezeti és módszertani irányelveit. Az orvosok fáradozása mellett szemléleti változásokra is szükség van. Éppen ezért tehát a szervek átültetésének lehetősége nem teheti feleslegessé az ilyen helyzetbe jutott betegeknek való másfajta segítség tudományos eszközeinek és módszereinek a kutatását.

A szűk szakterület jogi rendezésének célja, hogy kijelölje az orvos tevékenységének a határait, megóvja az ember különös és a társadalom egyetemes érdekeit - de maradéktalanul szolgálja a fejlődés érdekeit.

Jegyzetek

- 1 Dr. Törő Károly: Dr. Nizsalovszky Endre akadémikus könyve a szerv- és szövetátültetések jogáról. Magyar Jog, 1973. évi 12. szám 753. 1.
- 2 Dr. Törő Károly: Az orvosi polgári jogi viszony. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1965. 9-10. 1.
- 3 Malcev: A személyiség problémája a szovjet jogtudományban. Magyar Jog 1968. évi 10.sz. 624. 1.
- 4 Dr. Törő Károly: A személyiségvédelem helye és szerepe a polgári jog rendszerében. Magyar Jog 1970. évi 2.sz. 81-82. 1.
- 5 Dr. Törő Károly: A személyiségvédelem... 81-82. 1.
- 6 A felosztás Nizsalovszkytól származik és ma már széles körben elfogadottá vált. Nizsalovszky Endre: A szerv- és szövetátültetések joga. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1970. 23, 46. 1.
- 7 Dr. Törő Károly: Az orvosi polgári jogi viszony. 152.1.
- 8 Eörsi Gyula: A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1966. 244. 1.
- 9 Dr. Csiky Ottó - Nizsalovszky Endre: A szerv és szövetátültetések joga. Jogtudományi Közlöny 1972. 1-2.sz. 56. 1.
- 10 Dr. Törő Károly: Dr. Nizsalovszky Endre akadémikus könyve... 753. 1.
- 11 A deklarációk szövegét közli Nizsalovszky i.m. 348-356. 1.
- 12 Dr. Törő Károly: Dr. Nizsalovszky Endre akadémikus könyve... 753-754. 1.
- 13 Gömöri Pál: A szervátültetés orvosi, lélektani és jogi problémái. Magyar Tudomány 1969. 4.sz. 213. 1.
- 14 Dr. Csiky Ottó: i.m. 57. 1.

- 15 Felelősség emberen végrehajtott orvosi kísérletekért.
Ford: Dr. Csillag György. Jogi Tudósító 1978. 15-16.
sz. 28-29. 1.
- 16 Dr. Törő Károly: Dr. Nizsalovszky Endre akadémikus
könyve... 755. 1.
- 17 Nizsalovszky: i.m. 142-143. 1.
- 18 Dr. Törő Károly: Dr. Nizsalovszky Endre akadémikus
könyve... 753. 1.
- 19 Nizsalovszky: i.m. 149-152. 1.; Dr. Törő: Dr. Nizsa-
lovszky Endre akadémikus könyve... 755. 1.; Dr. Max
Kochlhaas: A szervátültetés újabb problémái. Magyar
Jog 1973. 1.sz. 56. 1.
- 20 Nizsalovszky: i.m. 326. 1.; Horváth Tibor: A bünte-
tőjogi személyiségvédelem elméleti alapkérdései. Ál-
lam- és Jogtudomány 1967. 3.sz. 384. 1.
- 21 Gömöri Pál: A szervátültetés orvosi-lélektani-jogi
problémái. Magyar Tudomány 1969. 4.sz.
- 22 A magyarországi veseátültetés szervezeti szabályza-
ta és módszertani irányelvei. Az Országos Haematoló-
giai Intézet Kiadványa, Bp. 1978.
- 23 Budavári Róbert-Ottó Szabolcs: A szervátültetés koc-
kázatai. Orvosi Hetilap, 1970. 4.sz. 183-186. 1.
- 24 Közli Littman Imre /szerk/ Sebészeti műtéttan. Me-
dicina Könyvkiadó, Bp. 1977.
- 25 Lásd 22.sz. jegyzet.
- 26 Besznay István: A szervátültetés jelenlegi állása.
Orvosi Hetilap 1970. 6.sz. 303-306. 1.
- 27 Petrányi Gyula: Az orvos mint bíró és ítéletvégre-
hajtó. Orvosképzés 1970. V. 165. 1.
- 28 A halál ismerése a büntetőjogban. Jogi Tudósító
1974. 15/16.sz. 54. 1. Közli: Dr. Nizsalovszky Endre
- 29 Nizsalovszky E.: A szerv és szövetátültetések joga.
314, 184-187. 1.

- 30 Nizsalovszky E.: A szerv és szövetátültetések joga. 305. 1.
- 31 Eörsi Gyula: A jogi felelősség alapproblémái. A polgári jogi felelősség. Bp. 1961. 307-309. 1.
- 32 Dr. Törő Károly: Az orvosi polgári jogi viszony. 259-264, 271-277, 278-282, 288-291. 1.
- 33 Eörsi Gyula: Elhatárolási problémák az anyagi felelősség körében, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1962. 206, 201-211. 1.
- 34 Eörsi Gyula: A polgári jogi kártérítési felelősség kézikönyve. 287. 1.
- 35 Eörsi Gyula: Elhatárolási problémák... 83-84. 1.
- 36 Benedek Károly-Világhy Miklós: A Polgári Törvénykönyv a gyakorlatban. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Bp. 1965. 61. 1.
- 37 Dr. Törő Károly: Dr. Nizsalovszky Endre akadémikus könyve... 756. 1.; Dr. Törő Károly: kKegyeleti jog. Jogtudományi Közlöny 1972. 4.sz. 170. 1.
- 38 /Engels: Anti-Dühring/ Id.: Nizsalovszky: A szerv és szövetátültetések joga. 282. 1.
- 39 Horváth Tibor-Viski László: A biológia és az orvostudomány hatása a büntetőjogra. Állam és Jogtudomány 1969. XII.évf. 634. 1.
- 40 Nizsalovszky: A szerv és szövetátültetések joga. 280. 1.
- 41 Tomislav Drzsics: A Transzplantáció gyorsabb a törvénynél. Jogi Tudósító 1974. 19-20.sz. 31. 1.
- 42 A személyiségi jog megsértése és a svájci Szövetségi Bíróság állásfoglalása. Jogi Tudósító 1976. 3-4.sz. 38. 1.
- 43 Egy májátültetés tanúságai. Ismerteti Dr. Nizsalovszky Endre. Jogi Tudósító 1971. 9-10.sz. 42-44. 1.
- 44 Nizsalovszky: A szerv és szövetátültetések joga. 263.1.

- 45 Részletesen ismerteti Nizsalovszky: A szerv és szöv-
etátültetések joga o. műve 257-260. l.
- 46 Ismerteti Nizsalovszky: A szervátültetésről szóló
törvény Venezuelában. Magyar Jog 1976. évi 7.sz.
- 47 Dr. Szarvas István-Dr.Szabó Árpád-Dr.Serényi Pál:
Halálmegállapítás a szervkivétel és átültetés gyakor-
latában. Orvosi Hetilap 1977. 5.sz. 1272-273. l.
- 48 Dr. Törő K.: Dr.Nizsalovszky Endre akadémikus könyve...
757. l.
- 49 Nizsalovszky: A szerv és szövétátültetések joga. 249,
289. l.
- 50 Dr. Törő K.: Dr.Nizsalovszky Endre akadémikus könyve...
757. l.